

# Fødsel ved kejsersnit – en epidemi?

Lone Hvidman

---

*I store dele af verden er andelen af fødsler ved kejsersnit steget dramatisk gennem de sidste 40 år fra ca. 5% til 20% i store dele af Europa og op til 40% i lande i Sydamerika (Betran 2007). Flere har på baggrund af stigningens omfang talt om en 'kejsersnitsepidemi' (Flamm 2000, Kitzinger 1998). Det er karakteristisk, at stigningen har været omtalt med bekymring, og fokus har ofte været at mindske frekvensen eller som minimum hindre en yderligere stigning (Kristensen 1998). Helt aktuelt diskuteres den danske kejsersnitsfrekvens igen i den skrevne presse, efter at Sundhedsstyrelsen har offentliggjort at kejsersnitsfrekvensen i første halvdel af 2007 er steget til 23,1%, det højeste nogensinde (Sundhedsstyrelsen 2007).*

Det må selvfølgelig give anledning til undren, at man så ofte griber til et operativt indgreb ved noget så naturligt som en fødsel. Skyldes stigningen en lægelig teknologisering af fødslerne, eller er det fordi, det faktisk er blevet vanskeligere for mennesket at føde sine børn? Det er nærliggende at overveje, at der ikke ville være grund til så ofte at gribe ind, hvis det at føde i al almindelighed var positivt, nemt og ukompliceret for mor og barn.

Formålet med denne artikel er at redegøre for den historiske udvikling i anvendelsen af kejsersnit og diskutere mulige forklaringer på den stigende anvendelse, herunder om homo sapiens er mindre egnet til at føde, om tærsklen for at vælge kejsersnit er ændret, og hvad baggrunden er, når kvinder ønsker kejsersnit uden medicinsk indikation ("Kejsersnit på mors ønske"). Jeg vil argumentere for, at en væsent-

lig del af den observerede stigning skyldes en lavere tærskel for at gribe til kejsersnit blandt læger, at der er ændringer i populationen af fødende, samt at kvinders ønske om kejsersnit uden medicinsk indikation snarere er et fravalg af den vaginale fødsel end et tilvalg af kejsersnit. Til at belyse emnet inddrages en række undersøgelser samt mine egne erfaringer fra arbejdet som fødselslæge gennem mange år.

Det naturlige fødselsforløb kan fortsat studeres i dele af Afrika, hvor hovedparten af de fødende ikke har adgang til uddannede fødselshjælpere og læger, og meget få fødsler derfor sker ved kejsersnit (Betran 2007). De samme områder er kendetegnet ved at have den højeste mortalitet og morbiditet blandt mødre og børn – for mødrene flere hundrede gange højere end i vores del af verden (Abou-zahr 2001). Der er således holdepunkter for, at fødselsprocessen per se er forbundet med risiko for mor og barn.

Mennesket, homo sapiens, er karakteriseret ved at have en stor hjerne og dermed et stort hoved samt et smalt bækken på grund af den oprette stilling (Liston 2003). Disse faktorer har bidraget til at vanskeliggøre fødselsprocessen. Det er karakteristisk for mennesket, at problemer løses ved hjælp af teknologi, og der er således peget på, at kejsersnit kan anses for at være homo sapiens' teknologiske løsning på artens problemer med at føde (Steer 1998). Svarende til det der gælder for andre teknologier, har mennesket arbejdet med at forbedre metoden, så den nu er en meget sikker procedure.

### *Fra at redde sjæle til kejsersnit på kvindens ønske*

Oprindeligt blev kejsersnit kun udført på en død eller døende kvinde ud fra en beskeden mulighed for at redde barnet, men især for at tage barnet ud af moders liv så mor og barn kunne begraves hver for sig (Lurie 2005). I Rom under Julius Caesar var det således bestemt ved lov, at en døende gravid kvinde skulle forløses ved kejsersnit – lex casarea (caedere = skære). I middelalderen krævede dele af den katolske kirke, at der blev lavet kejsersnit, for at barnets sjæl kunne blive reddet gennem dåben. Det angives, at et sådant kejsersnit skulle være udført på Dronning Dagmar efter hendes død i 1212. I bogen "Fjerde Urtegård" af Henrik Smid fra 1957 findes en beskrivelse af, hvordan kejsersnit skal udføres: "Er moderen død, skal man med en skarp kniv opskære den døde kvinde langs hendes venstre side og udtage fosteret. Således er mange udtagne, siden hen blevet mærkelige mænd og kvinder" (Trolle 1982)

En af de første nedskrevne beskrivelser af et kejsersnit, hvor både mor og barn overlevede, stammer fra 1500, hvor en grisekastrator i Schweiz udførte indgre-

bet på sin kone, efter hun havde været i fødsel i mange dage (Osler 2002). Kvinden skulle ifølge beskrivelsen efterfølgende have født flere børn. Beskrivelsen er nedskrevet længe efter hændelsen, hvorfor nogle stiller tvivl ved dens rigtighed. Indtil det nittende århundrede optræder beskrivelser af kejsersnit kun sporadisk. Den hyppigste indikation for at udføre kejsersnit var en fødsel, der var gået i stå, ofte gennem flere dage og hvor barnet var dødt. Mortaliteten for mødrene var høj, 75-100%, og der blev kun foretaget få kejsersnit. I Danmark blev der i perioden 1813-76 således kun udført 9 kejsersnit ud af 2,8 mill fødsler. Det første kejsersnit på levende moder i Danmark blev udført i 1813 af en krigskirurg, dr. Schlegel. Moderen døde dog få dage efter fødslen af infektion (Osler 2002).

Skelsættende for en yderligere udbredelse af kejsersnit som fødselsmåde blev opdagelsen af æter og kloroform som bedøvelsesmidler i sidste halvdel af 1800-tallet og de forbedrede hygiejniske principper, der fulgte af Semmelweis' erkendelse af, at smitte med barselsfeber kan overføres via personalet.

En lang række forbedringer har i løbet af det 20. århundrede medvirket til at sænke den operative risiko. Den tekniske udførelse af kejsersnit er ændret og operationsvarigheden er afkortet. I 1921 foreslog den engelske obstetriker, Munro Kerr, at man i stedet for et længdesnit brugte et lavtliggende tværsnit i livmoderen, der førte til mindre blødning og en mindre risiko for brist af livmoderen i forbindelse med evt. efterfølgende fødsler (Lurie 2005). Man blev opmærksom på at udføre indgrebet tidligere i fødselsforløbet, før en evt. infektion var opstået. Med opdagelse af ABO-blodtypesystemet omkring år 1900 blev det muligt at behandle større blødninger med blodtransfusion, og opdagelsen af antibiotika i 1940-erne gjorde det muligt at forebygge og behandle infektioner. De nævnte ændringer førte til et dramatisk fald i den operative mortalitet til 0,1% mellem 1943 og 1952 (Lurie 2005).

Sidst har ændring fra generel til regional (epidural, spinal) bedøvelse gennem de sidste 25-30 år medvirket til en yderligere reduktion i risikoen, ligesom opmærksomheden på betydningen af tidlig mobilisering efter operationen for at forebygge blodproppdannelse (Kehlet 1997).

### *Et sikkert indgreb for mor og barn?*

Konsekvensen af den forbedrede teknologi er, at der i dag kun er en marginalt øget risiko forbundet med et planlagt kejsersnit sammenlignet med en planlagt vaginal fødsel, i alt fald hvis man alene vurderer risici i forhold til den enkelte fødsel. Medregnes risici i forbindelse med efterfølgende graviditets- og fødsels-

forløb, ændres billedet, idet kejsersnit er associeret med en let øget forekomst af problemer under en følgende graviditet og fødsel (Wax 2004). Problemstillingen kompliceres yderligere af, at der er to 'patienter', mor og barn, hvis interesser ikke altid er sammenfaldende og i nogle tilfælde vil være modstridende. (Er der f.eks. indikation for at forløse en kvinde ved planlagt kejsersnit 4-5 uger før tid pga. kræft i livmoderhalsen, indebærer det en risiko for barnet. En vaginal fødsel ville udgøre en risiko for forværring af kvindens tilstand, mens barnet med denne alder ville have fordel af at blive udsat for fødselsprocessen, der ville indebære et positiv stress og dermed en bedret vejrtrækning efter fødslen).

Meget tyder på, at barnet er en aktiv deltager i at starte fødslen, uden at de direkte mekanismer dog er kendt. Når en fødsel går spontant i gang, kan det formentlig opfattes som et signal om, at barnet nu er parat til at blive født. Foretages der planlagt kejsersnit før fødslen, er der derfor en risiko for, at barnet endnu ikke er helt klar. Børn født ved planlagt kejsersnit har oftere vejrtrækningsproblemer, der ligner dem, for tidligt fødte børn kan have, og som i nogle tilfælde kan give anledning til indlæggelse på afdeling for nyfødte – og i sjældne tilfælde at barnet bliver alvorligt syg og evt. dør. Disse komplikationer optræder sjældnere, jo nærmere ved termin kejsersnittet udføres. (Hansen 2007).

Den foreliggende litteratur vedrørende omfanget og karakteren af risici ved de forskellige fødselsmåder er kendetegnet ved vanskeligt at kunne sammenlignes og efter min vurdering af beskeden kvalitet. Et gennemgående problem er, at de fleste studier sammenligner udfaldet efter den aktuelle fødselsmåde. Det vil sige, at resultatet af de fødsler, hvor kvinden ender med at føde vaginalt sammenlignes med resultatet af alle kejsersnit, akutte og planlagte. Den relevante sammenligning er imidlertid mellem den planlagte vaginale fødsel (omfattende akutte kejsersnit) og det planlagte kejsersnit, da man ikke på forhånd kan vide, om en planlagt vaginal fødsel faktisk også ender med at blive en vaginal fødsel eller ender med et akut kejsersnit. Der sondres desuden sjældent mellem planlagt og akut kejsersnit, ligesom der ikke korrigeres for, at mange planlagte kejsersnit udføres pga. sygdom hos mor og/eller barn, der i sig selv indebærer en øget risiko for komplikationer. Med alle disse forhold in mente tyder de foreliggende data dog på, at et planlagt kejsersnit sammenlignet med en planlagt vaginal fødsel måske er lidt sikrere for barnet, men forbundet med en lidt større risiko for moderen (Visco 2006, Lavender 2006).

Gennem mange år har det været hævdet, at kejsersnit var forbundet med betydeligt flere omkostninger end en vaginal fødsel. Nyere undersøgelser har vist, at omkostningsniveauet for et planlagt kejsersnit svarer til en normal vaginal fødsel,

mens det er højere for et akut kejsersnit under fødslen. (Allen 2005, Sundhedsstyrelsen 2005).

Det har været karakteristisk for debatten mellem jordemødre og fødselslæger, at den i høj grad har været centreret omkring risici knyttet til de forskellige fødselsmåder. Der har været mindre fokus på de mere bløde aspekter, måske fordi færre har beskæftiget sig hermed i forskningsmæssig sammenhæng. Det er fremført, at baggrunden for de meget høje indgrebsfrekvenser er, at fødslerne er overtaget af obstetrikere i et stressende hospitalsmiljø i stedet for at forblive under trygge forhold i hjemmet under ledelse af jordemødre, at elektronisk fosterovervågning i sig selv har medført mange unødige indgreb, samt at obstetrikere er blevet dårligere til at udøve klassisk obstetrik (forskellige håndgreb, der anvendes ved vaginal fødsel f.eks. ved underkropstilling og tvillinger) (Kitzinger 1998). Det er min erfaring, at kvinder er parate til at løbe en lille ekstra risiko for sig selv, hvis de kan opnå en øget sikkerhed for barnet. Kritikere har peget på, at den voldsomme stigning i brugen af kejsersnit ikke har ført til en faldende forekomst af cerebral parese (spastisk lammelse), der bl.a. kan være en komplikation til iltmangel under fødslen, samt at kvinderne ofte ikke modtager tilstrækkelig information om konsekvensen af at føde ved kejsersnit (Bewley 2002).

### *Hvem føder ved kejsersnit?*

Indikationsområdet for kejsersnit er ændret op gennem historien og har været påvirket af religiøse, kulturelle, økonomiske, lægelige, teknologiske og psykologiske forhold (Lurie 2005). Parallelt med at kejsersnit er blevet et mere sikkert indgreb, er anvendelsen steget markant og formålet er nu især at reducere hyppigheden af fødselskomplikationer og dermed dødelighed og sygelighed. Fokus var gennem længere tid på moderens helbred, men i løbet af det 20. århundrede har hensynet til barnet indtaget en stadigt mere central rolle.

I slutningen af det 20. århundrede indtrådte en markant ændring i svangreomsorgen. Fra at fokus var på biologiske og fysiske aspekter af graviditet og fødsel koncentreret om risici for sygdom og død, blev der i stedet lagt vægt på aspekter som kvindens autonomi, tilfredshed, selvværd og informeret valg. En engelsk rapport fra 1993, *Changing Childbirth* (Department of Health 1993), satte den gravide og dennes familie i centrum for svangreomsorgen. Der har siden været en stor opmærksomhed på kvaliteten af fødselsoplevelsen, og fænomenet kejsersnit på kvindens ønske er dukket op – det forhold, at en kvinde ønsker at føde ved kejsersnit, uden at der foreligger en medicinsk indikation.

Indikationen for kejsersnit kan være absolut, dvs. vaginal fødsel ikke er mulig. Det optræder sjældent og omfatter f.eks. forliggende moderkage (placenta prævia) og mekanisk misforhold. Er moderkagen forliggende, vil forsøg på vaginal fødsel resultere i livstruende blødning for moderen og iltmangel og død for barnet. Mekanisk misforhold beskriver tilfælde, hvor barnet er for stort til at kunne passere moderens fødselskanal. Uden indgreb vil kvinden være i fødsel i mange dage, uden at hun ender med at føde barnet. I nogle tilfælde går veerne i stå, og barnet vil på et tidspunkt dø pga. iltmangel – i andre tilfælde vil livmoderen bryde, og barn og moderkage udstødes i bughulen; en tilstand der ubehandlet vil føre til mors og barns død. I langt de fleste tilfælde er indikationen for et kejsersnit relativ; dvs. vaginal fødsel vurderes at kunne gennemføres, men skønnes at være forbundet med større risiko for komplikationer for barn og/eller mor. Tærsklen for at gribe til kejsersnit er utvivlsomt sænket gennem de senere år og kan nu have til formål at forebygge mindre alvorlige tilstande såsom urininkontinens og ned-synkning af livmoderen (Leitch 1998).

### *Medicinske årsager*

Der er evidens for, at jo større barnet er, og jo mindre plads der er i fødselsvejen, jo vanskeligere bliver fødslen. Vestens fedme epidemi bidrager dermed til at forstærke problemerne, idet børn af overvægtige kvinder bliver større, og fedtvævet i bækkenet gør pladsen snævrere. Der er således fundet en lineær sammenhæng mellem grad af prægravid overvægt og risiko for, at fødslen ender med et kejsersnit (Barau 2006). Kvinder i den industrialiserede del af verden får det første barn i en stadig højere alder, også i Danmark hvor den gennemsnitlige alder nu er 29 år (Sundhedsstyrelsen 2007). Da stigende alder er associeret med stigende hyppighed af indgreb under fødslen, medvirker også det til den stigende hyppighed af kejsersnit. Den kausale sammenhæng er ikke kendt, men en hypotese er, at støttevævet bliver mere ueftergiveligt med alderen. Flerfoldsfødsler, der optræder hyppigere pga. assisteret befrugtning, er mere komplicerede end enkeltfødsler og vil oftere indebære behov for indgreb (Ayres 2005).

Hovedparten af fostre ligger i hovedstilling ved terminen, mens 3-4 % ligger i sædestilling. Man ved ikke, hvorfor børnene overvejende er i hovedstilling, og dermed heller ikke hvorfor nogle ikke er det. Fødsel af et barn i sædestilling er mere kompliceret, da det største på barnet, hovedet, skal passere fødselsvejen sidst. Tilstanden af børn født i sædestilling er ringere end børn født i hovedstilling. På formodning om at fødselsmåden havde en betydning, steg anvendelsen

af planlagt kejsersnit ved sædestilling voldsomt op gennem 1980-erne og 90-erne (Kiely 1991, Rietberg 2003). En international randomiseret multicenter undersøgelse omfattende 2000 kvinder konkluderede, at planlagt kejsersnit var sikrere for barnet og uden påviselig større risiko for moderen, idet der blev taget forbehold for, at undersøgelsens størrelse ikke tillod vurdering af meget sjældne hændelser som f.eks. mødredødsfald (Hannah 2000). Hyppigheden af dødsfald og alvorlig sygdom i nyfødthedsperioden var lavere i gruppen med planlagt kejsersnit end i gruppen med planlagt vaginal fødsel (1,6% versus 5,0%). Efterfølgende har mange landes obstetrikere – og gravide – taget undersøgelsens konklusion til efterretning, og man har set en yderligere stigning i anvendelsen af kejsersnit på denne indikation. I Danmark steg frekvensen af kejsersnit ved sædestilling fra 83% til 95% efter offentliggørelsen af undersøgelsen (Sundhedsstyrelsen).

Kvinder med et eller flere tidligere kejsersnit udgør indikationen for et stigende antal kejsersnit. Forsøg på vaginal fødsel efter tidligere kejsersnit indebærer en øget risiko for akut kejsersnit og en risiko for, at arret i livmoderen brister under forsøg på fødsel på mellem ½-1% (Hofmeyr 2005). Oprindeligt var den faglige holdning, at den næste fødsel skulle ske ved et planlagt kejsersnit, men indstillingen blev ændret efter publikation af undersøgelser, der dokumenterede, at vaginal fødsel var forsvarlig efter ét tidligere kejsersnit. Dette medførte en forbigående reduktion i hyppigheden af kejsersnit i USA. Med stigende fokus på risikoen for bristning af arret med risiko for svær iltmangel og død for barnet, bliver stadigt flere igen forløst med planlagt kejsersnit (Sadan 2007). I Danmark er den generelle holdning blandt fødselslæger dog fortsat, at man anbefaler vaginal fødsel efter ét tidligere kejsersnit, hvis årsagen til det oprindelige kejsersnit ikke er til stede i den aktuelle graviditet (DSOG 2005). Da der imidlertid blandt fødende bliver flere og flere med et ar efter et tidligere kejsersnit, oplever jordemødre og fødselslæger oftere den alvorlige og frygtede komplikation, at arret brister under fødslen. Det er min fornemmelse, at danske fødselslæger på denne baggrund er blevet mere tilbøjelige til at anbefale planlagt kejsersnit til kvinder, der tidligere har født ved kejsersnit.

### *Kejsersnit på mors ønske*

“Too Posh To Push” var overskriften på en artikel i Time i 2004, hvori det beskrives, at flere navngivne kendte kvinder har valgt at føde ved planlagt kejsersnit bl.a. for at undgå de fysiske gener, en vaginal fødsel kan føre til. I diskussionen af den stigende kejsersnitsfrekvens er det denne gruppe, der især har påkaldt sig

opmærksomheden hos medier og befolkning men også blandt fagfolk (Wax 2004, Bewley 2002, Sundhedsstyrelsen 2005).

Flere undersøgelser dokumenterer imidlertid, at langt hovedparten af de kvinder, der ønsker kejsersnit (80%) uden medicinsk indikation, har født tidligere (DSOG 2006). Årsagen til ønsket er ofte et fravalg af den vaginale fødsel pga. en tidligere dårlig fødselsoplevelse, en kompliceret fødsel, måske med et akut kejsersnit eller skader på mellemkødet, tidligere fødsel af et barn med iltmangel eller et dødt barn. Nogle kvinder ønsker at føde ved kejsersnit på baggrund af tilfredshed med et tidligere planlagt kejsersnit på medicinsk indikation f.eks. pga. sædestilling. Kun sjældent opleves i en dansk sammenhæng det billede, medierne har skabt af en gravid, der har tjek på alt, udseende, karriere, hus og bil – og nu også ønsker at have kontrol over sin fødsel.

Skal kejsersnit på mors ønske = kejsersnit uden medicinsk indikation kunne afgrænses, forudsætter det, at det er muligt at afgrænse, hvornår der foreligger medicinsk indikation. Rådgivning vedrørende fødselsmåde vanskeliggøres imidlertid af, at det sjældent, i alt fald for førstegangsfødende, er muligt at forudse, hvordan den enkelte kvindes fødsel vil forløbe. Det optimale ville være, at obstetrikeren under graviditeten, eller senest ved begyndende fødsel, ville kunne identificere de kvinder, der ender med en kompliceret fødsel, da et kejsersnit udført før fødsel er behæftet med færre komplikationer end et akut kejsersnit, når fødslen er fremskreden. Den bedste indikator for en ukompliceret vaginal fødsel er, at kvinden tidligere har gennemført en ukompliceret fødsel. Faktorer som lav højde, højt Body Mass Index, stort barn og visse tidligere fødselskomplikationer øger risikoen for et kompliceret fødselsforløb herunder akut kejsersnit.

Undersøgelser har vist, at der er betydelig variation i obstetrikeres vurdering af, hvornår kejsersnit er indiceret, både i forhold til planlagt kejsersnit og akut kejsersnit under fødslen (Barrett 1990, Usha Kiran 2002). Hovedparten af danske obstetrikere vil anbefale et planlagt kejsersnit, hvis de skønner, at risikoen for et akut kejsersnit under fødslen er over 50%, men der er betydelige individuelle forskelle (DSOG 2006). Yngre speciallæger ordinerer hyppigere kejsersnit under fødslen end mere erfarne kolleger (Griffiths). I et forsøg på at nå en mere ensartet afgræsning af fænomenet er danske obstetrikere og jordemødre blevet enige om en definition af kejsersnit på mors ønske som de tilfælde, hvor kvinden ønsker kejsersnit, selvom obstetrikeren *ikke* ville fraråde forsøg på vaginal fødsel (DSOG 2006), men i mange publicerede studier har man desværre forsømt at definere begrebet.



Undersøgelser af kvinders ønske om fødselsmåde viser, at hovedparten ønsker at føde vaginalt (Hopkins 2000, Hildingsson 2002). Obstetrikere holdning til vaginal fødsel f.eks. efter et tidligere kejsersnit har væsentlig indflydelse på kvindens holdning (Gamble 2001). Obstetrikere foretrukne fødselsmåde for dem selv eller deres partner er belyst i en række undersøgelser. Blandt obstetrikere i London angav 31 % af kvindelige obstetrikere ønske om at føde ved planlagt kejsersnit efter en ukompliceret graviditet (Al-Mufti 1996). Undersøgelser har imidlertid vist, at færre obstetrikere i andre lande heriblandt Danmark og Australien vil foretrække kejsersnit (Bergholt 2004, Land 2001). Jordemødre er generelt mere positivt indstillet overfor den vaginale fødsel, men alligevel ønsker ca 4% fødsel ved planlagt kejsersnit uden medicinsk indikation (Reime 2004).

I den vestlige verden inkl. de nordiske lande har vi opnået en meget lav mødre-mortalitet og tilsvarende en lav mortalitet for børnene – (ca. 1 mødredødsfald per 10.000 fødsler og ca. 7 perinatale dødsfald per 1000 fødte børn i Danmark) (Sundhedsstyrelsen 2006). Flere af mødredødsfaldene skyldes eksisterende sygdom, og kun en del skyldes alene komplikationer under graviditet og fødsel. En stor del af de perinatale dødsfald er uundgåelige. Fra en situation hvor graviditet og fødsel var forbundet med betydelig morbiditet og mortalitet for såvel mor som barn, er det nu så sjældent optrædende, at mange måske slet ikke tænker på det som et muligt udkomme.

Fødsel i den vestlige verden forventes derfor at være en lykkelig begivenhed resulterende i fødsel af et rask barn og med en frisk mor. Bliver udfaldet anderledes, er det en katastrofe for familien men også for personalet. Det kan være traumatisk som behandler ikke at kunne helbrede en patient, men formentlig tungere at være involveret i en fødsel af et uventet dødt barn. Behandleren kan måske næsten opleve at være direkte ansvarlig for barnets død, eller familien kan opleve det sådan. Jeg har kendskab til en del danske obstetrikere, der efter at have været involveret i traumatiske forløb er søgt til andre dele af speciale, for at være sikre på ikke at stå i en lignende situation igen. Det er derfor nærliggende at forvente, at tærsklen for at vælge kejsersnit ved tegn til afvigende forløb af en fødsel vil falde i takt med en faldende komplikationsfrekvens knyttet til indgrebet.

Frygt for patientklager og retssager udgør en væsentlig årsag til, at tærsklen for at ordinere kejsersnit sænkes (Benedetti 2006). Retssager knyttet til komplicerede fødselsforløb er udbredt og i voldsom stigning i USA og England. I USA har det resulteret i meget dyre forsikringer for obstetrikere, og det er tiltagende vanskeligt at rekruttere læger til fagområdet (Benedetti 2006). Der er kun få sager, hvor læger er anklaget for at udføre et kejsersnit, men mange hvor læger er anklaget for

ikke at have gjort det. Samfund, der har en lav tærskel for restforfølgelse, vil nemt kunne stimulere til at praktisere defensiv medicin, f.eks. i form af tilbøjelighed til hurtigt at gribe ind med et kejsersnit.

### *Kejsersnit i globalt perspektiv*

I Vesteuropa varierer hyppigheden af kejsersnit betydeligt fra 14-19% i Holland og flere af de nordiske lande til 36% i Italien (Betran 2007). Karakteristisk for de vesteuropæiske lande med en lav til moderat frekvens er, at størstedelen af fødslerne varetages af jordemødre i et offentligt system.

Blandt verdensdelene har Sydamerika den højeste hyppighed på 29% og Afrika den laveste på 3,5%. Set på nationalt niveau er der en forskel i kejsersnitsfrekvens fra under 1% i de fattigste lande som Chad og Etiopien til over 40% i lande i Sydamerika og i Kina. Den gennemsnitlige globale frekvens er ca. 15%.

Der kan påvises en stærk omvendt association mellem kejsersnitsfrekvens og mortalitet blandt mødre og nyfødte i lande med høje niveauer af mortalitet. WHO har vurderet at 15% vil være et hensigtsmæssigt niveau ud fra den opfattelse, at ulemperne ved kejsersnit vil overskygge fordelene ved en stigning væsentligt herover (AbouZahr 2001). Vi står således med det store paradoks, at kvinder i de fattigste dele af verden ikke har adgang til livreddende kejsersnit, mens man i nogle mellemindkomstlande ser frekvenser, der langt overstiger det klart medicinsk indicerede (Ronsmans 2006).

Selvom den gennemsnitlige kejsersnitsfrekvens i Afrika er lav, er der rapporter fra enkelte afdelinger om en meget hyppig anvendelse af kejsersnit, over 30% (Ibekwe 2004). Årsagen er tilpasning til principperne fra den industrialiserede verden, måske fordi lægerne er uddannet der. Udføres meget få kejsersnit er resultatet en høj dødelighed og sygelighed for mor og barn. Udføres mange kejsersnit på mere vage indikationer i disse lande er det også et problem, da risici knyttet til fødsel ved kejsersnit i disse lande er væsentligt højere.

Brasilien er et af de lande, der har den højeste kejsersnits frekvens. På landsplan var frekvensen 36% i 2000 men op til 80-90% i den private sektor, hvor de fleste kejsersnit er planlagte. Ifølge obstetrikere er årsagen til den høje hyppighed, at kvinderne ønsker kejsersnit. Hvis fødslen er planlagt til at foregå i privat regi, har kvinden kontakt med en bestemt praktiserende speciallæge, der forventes at varetage fødslen på alle tider af døgnet. Det er langt nemmere for lægen, hvis fødslen sker ved et planlagt kejsersnit. En undersøgelse af kvinders foretrukne fødselsmåde har overraskende vist, at mere end 80% af de gravide havde ønske om at føde

vaginalt, uafhængigt af om de skulle føde i offentligt eller privat regi (Potter 2001). Imidlertid blev resultatet, at 30% af kvinderne i det offentlige fødte ved kejsersnit mod 66% i det private. Hovedparten var klassificeret som kejsersnit på kvindens ønske. Det viste sig ved nærmere samtale med kvinderne, at det i mange tilfælde var obstetrikeren, der havde foreslået kejsersnit på et ikke evidensbaseret grundlag, f.eks. at barnet ved sidste fødsel havde haft navlesnoren om halsen (Hopkins 2000) og ikke kvinden, der havde fremsat ønsket om kejsersnit.

### *Behov for mere viden*

Baggrunden for stigningen i anvendelse af kejsersnit er kompleks. Fra at være et indgreb hvis formål er at redde liv, udføres kejsersnit nu ofte for at mindske risikoen for fødselskomplikationer og forebygge en dårlig fødselsoplevelse. Indikationerne omfatter medicinske og ikke-medicinske som bl.a. frygt for klagesager, obstetrikerens bekvemmelighed og kvindens ønske.

Mange diskuterer fortsat, hvordan hyppigheden kan reduceres, og blandt mulige tiltag fremhæves at skabe bedre vilkår for den naturlige fødsel (Bewley 2002, Kitzinger 1998) samt at sætte fokus på obstetrikernes indikationsstilling. Andre forventer, at stigningen vil fortsætte, og nogle mener, kejsersnit bør være en valgmulighed for alle gravide (Hannah 2004). Det er foreslået at gennemføre en randomiseret undersøgelse med sammenligning af planlagt kejsersnit og planlagt vaginal fødsel ved barn i hovedstilling (Andersson 2004). Andre finder en sådan undersøgelse uetisk og mener ikke, kvinderne ønsker at deltage i en sådan undersøgelse (Kingdon 2006).

For at kvalificere diskussionen om anvendelse af kejsersnit er der et stort behov for forbedrede data til at vurdere de reelle fordele og risici for mor og barn ved de forskellige fødselsmåder (Robson 2001). Kejsersnit på kvindens ønske er formentlig den indikation, der vil stige mest i de kommende år. Set i lyset af at kvinder tilsyneladende har et meget stort ønske om at føde vaginalt uafhængigt af nationalitet, må det være oplagt at fokusere på denne gruppe for at få et detaljeret kendskab til baggrunden for kvindernes ønske og få belyst, hvordan rådgivnings og beslutningsprocessen foregår.

### *Er vi vidne til en kejsersnitsepidemi?*

Med en definition af en epidemi som 'noget der spreder sig relativt hurtigt mellem mennesker', forekommer det særdeles relevant at beskrive den stigende an-

vendelse af kejsersnit som en epidemi. Kejsersnit har spredt sig meget hurtigt og har indtil videre ikke været til at standse. Som det gør sig gældende for andre epidemier, forudsætter spredningen, at der er en modtagelighed blandt de individer, der udsættes for det smitsomme agens. En sådan modtagelighed, tror jeg, har været til stede i form af et fælles behov for større sikkerhed *hos* og *for* mor, barn og behandler. Meget tyder dog på, at epidemien nu er så omfattende, at dens konsekvens kan ende med at blive det modsatte – en mindre sikkerhed for moderen og måske også for barnet. Vi mangler imidlertid fortsat sikker evidens på området, ligesom vi heller ikke har kendskab til en effektiv indsats, der kan begrænse epidemien. Vigtigt er dog at holde sig for øje, at målet ikke kan være en bestemt kejsersnitsfrekvens men at opnå det niveau, der i den pågældende sammenhæng skaber de bedste og sikreste fødsler for mor og barn.

## Litteratur

- AbouZahr C, Wardlaw T. 2001 Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bull World Health Organ.* 2001; 79(6):561-8.
- Allen VM, O'Connell CM, Farrell SA, Baskett TF. 2005 Economic implications of method of delivery. *Am J Obstet Gynecol.* Jul;193(1):192-7.
- Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. 1996 Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet*;347:544.
- Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. 1997 Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* May;73(1):1-4.
- Anderson GM. 2004 Making sense of rising caesarean section rates. *BMJ*;329:696-7.
- Ayres A, Johnson TR. 2005 Management of multiple pregnancy: labor and delivery. *Obstet Gynecol Surv.* Aug;60(8):550-4.
- Barau G, Robillard PY, Hulsey TC, Dedecker F, Laffite A, Gerardin P, Kauffmann E. 2006 Linear association between maternal pre-pregnancy body mass index and risk of caesarean section in term deliveries. *BJOG.* Oct;113(10):1173-7.
- Barrett JF, Jarvis GJ, Macdonald HN, Buchan PC, Tyrrell SN, Lilford RJ. 1990 Inconsistencies in clinical decisions in obstetrics. *Lancet.* Sep 1;336(8714):549-51.
- Bergholt, Thomas. Birgitte Østberg. Jesper Legarth og Tom Weber. 2004 Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: A nation-wide postal survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 83:262-266.
- Betran AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. 2007 Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol.* Mar;21(2):98-113.
- Bewley S, Cockburn J. I. 2002 The unethics of 'request' caesarean section. *BJOG.* Jun; 109(6):593-6.
- Bewley S, Cockburn J. II. 2002 The unfacts of 'request' caesarean section. *BJOG.* Jun; 109(6):597-605

- Department of Health. 1993 *Changing childbirth*. London: HMSO
- DSOG Sandbjerg Guidelines. 2006 Sectio antea. www.dsog.dk
- DSOG Sandbjerg Guidelines. 2006 Maternal Request. www.dsog.dk
- Flamm BL. 2000 Cesarean section: A worldwide epidemic? *Birth*;27:139-40.
- Fødselsstatistik. Sundhedsstyrelsen. 2006.
- Gamble JA, Creedy DK 2001 Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth*. Jun;28(2):101-10
- Griffiths AN, Avasarala S, Wiener JJ. 2005 A prospective observational study of emergency caesarean section rates and the effect of the labour ward experience. *J Obstet Gynaecol*. Oct;25(7):666-8.
- Habiba M, Kaminski M, Da Fre M, Marsal K, Bleker O, Librero J, Grandjean H, Gratia P, Guaschino S, Heyl W, Taylor D, Cuttini M. 2006 Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG*. Jun;113(6):647-56.
- Hannah, M.E et al. 2000 Planned caesarean versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *The Lancet*. 21.10.00; 356(9239):1375-83.
- Hannah ME. 2004 Planned elective caesarean section: a reasonable choice for some women? *CMAJ*;170:813-14.
- Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. 2007 Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand*.; 86(4):389-94.
- Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenstrom U. 2002 Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG*. Jun;109(6):618-23.
- Hofmeyr GJ, Say L, Gülmezoglu AM. 2005 WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. *BJOG*.;112(9):1221-8.
- Hopkins K. 2000 Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med*. Sep;51(5):725-40.
- Ibekwe PC. 2004 Rising trends in caesarean section rates: an issue of major concern in Nigeria. *Niger J Med*. Apr-Jun;13(2):180-1.
- Kehlet H. 1997 Multi-modal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth* 78: 606-17.
- Kiely JL. 1991 Mode of delivery and neonatal death in 17,587 infants presenting by the breech. *Br J Obstet Gynaecol*.;98(9):898-904.
- Kingdon C, Baker L, Lavender T. 2006 Systematic review of nulliparous women's views of planned caesarean birth: the missing component in the debate about a term cephalic trial. *Birth*. Sep;33(3):229-37.
- Kitzinger S. 1998 Sheila Kitzinger's letter from Europe: The Cesarean Epidemic in Great Britain. *Birth*. 25(1):56-58.
- Kristensen MO, Hedegaard M, Secher NJ 1998 Can the use of cesarean section be regulated? A review of methods and results. *Acta Obstet Gynecol Scand*:77;951-60.
- Land R, Parry E, Rane A, Wilson D. 2001 Personal preferences of obstetricians towards childbirth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. Aug;41(3):249-52.
- Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. 2006 Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev*. Jul 19;3:CD004660.
- Leitch CR, Walker JJ. 1998 The rise in caesarean section rate: the same indications but a lower threshold. *Br J Obstet Gynaecol*. Jun;105(6):621-6.

- Liston WA. 2003 Rising caesarean section rates: can evolution and ecology explain some of the difficulties of modern childbirth? *J R Soc Med.*;96:559-61
- Lurie S. 2005 The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twenty-first century. *Arch Gynecol Obstet.*;271(4):281-5.
- Osler M. 2002 *Fødselshjælpens historie*. København:FADL Forlag.
- Potter JE, Berquo E, Perpetuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, Formiga MC. 2001 Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*. Nov 17;323(7322):1155-8.
- Reime B, Klein MC, Kelly A, Duxbury N, Saxell L, Liston R, Prompers FJ, Entjes RS, Wong V. Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? *BJOG*. 2004 Dec;111(12):1388-93.
- Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Brand R, van Loon AJ, Van Hemel OJ, Visser GH. 2003 Term breech presentation in The Netherlands from 1995 to 1999: mortality and morbidity in relation to the mode of delivery of 33824 infants. *BJOG*. Jun;110(6):604-9.
- Robson M. 2001 Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. Feb;15(1):179-94.
- Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. 2006 Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet*. Oct 28;368(9546):1516-23.
- Sadan O, Leshno M, Gottreich A, Golan A, Lurie S. 2007 Once a cesarean always a cesarean? A computer-assisted decision analysis. *Arch Gynecol Obstet*. May 4; [Epub ahead of print]
- Steer P. 1998 Caesarean section, an evolving procedure? *BJOG*;105:1052-6.
- Sundhedsstyrelsen. *Sundhedsdata*. www.sst.dk
- Sundhedsstyrelsen 2007 *Fødselsregisteret 1. halvår 2007 (foreløbig opgørelse)*. www.sst.dk
- Sundhedsstyrelsen 2005 *Kejsersnit på moders ønske. En medicinsk teknologivurdering*. København.
- Song, S. 2004 Too Posh To Push? *Time*, April 11.
- Trolle D. 1982 *The history of caesarean section*. Reitzel. Copenhagen.
- Usha Kiran TS, Jayawickrama NS. 2002 Who is responsible for the rising caesarean section rate? *J Obstet Gynaecol*, Jul;22(4):363-5.
- Visco AG, Viswanathan M, Lohr KN, Wechter ME, Gartlehner G, Wu JM, Palmieri R, Funk MJ, Lux L, Swinson T, Hartmann K. 2006 Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. Dec;108(6):1517-29.
- Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. 2004 Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstet Gynecol Surv*. Aug;59(8):601-16.